

Стрижевский В.Б., Василевич А.П.,  
Кипель В.С., Кривеня М.С.

## **ЛЕЧЕНИЕ НАРУЖНЫХ ТОНКОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ**

/ Минск /

Наружные свищи пищеварительного тракта причиняют тяжелые страдания больным, представляют сложную проблему для их лечения и сопровождаются высокой летальностью (11-25%).

С 1995 по 1997 г.г. в гнойном хирургическом отделении 10-ой ГКБ лечилось 26 больных с наружными кишечными свищами (женщин было 11, мужчин - 15). У 22 больных свищи были единичными, у 4- множественными. Тонкокишечные свищи были у 11 больных, толстокишечные - у 13, комбинированные - у 2.

Все больные получали комплексное лечение: аспирация и промывание свища, защитные повязки, обтурацию и тампонаду, антибактериальную и противовоспалительную терапию, энтеральное и парентеральное питание. Оперативное лечение применено у 23 больных. Большую трудность представляет ликвидация высоких тонкокишечных свищей, которые протекают тяжело, быстро истощая больного, приводя к интоксикации, нарушению всех видов обмена и полиорганной недостаточности. Параллельно развивается раневой процесс, перитонит. Консервативные мероприятия малоэффективны, оправдано раннее оперативное закрытие свища. Однако не всегда удается достичь хороших результатов при применении ручного шва, в частности шва Альберта-Шмидена, особенно в условиях перитонита, тотальной нагноения раны, эвентрации, кишечной непроходимости.

Теоретические и экспериментальные исследования, проведенные в клинике (А.А.Запорожец,

А.В.Шотт с соавт.), а также практические наблюдения показали, что сквозной ручной шов обладает большой проницаемостью для микробов, приводит к воспалительно-некротическим изменениям в зоне шва и может стать причиной его несостоятельности. Учитывая все вышеизложенное, мы перешли к наложению механического и разработанного в клинике двухрядного серозно-мышечного швов для закрытия кишечных свищей и наложения межкишечных анастомозов, даже в условиях инфицированной брюшной полости. Указанные швы позволяют осуществить достаточно плотный и широкий контакт серозных покровов, хорошо адаптируют края раны, обладают наименьшей проницаемостью для микробов, наибольшей механической прочностью. Закрытие высоких тонкокишечных свищей осуществлено у 6 больных с применением механического и у 9 - разработанного в клинике ручного серозно-мышечного швов. Применение этих двух видов шва в клинике дало хорошие результаты. Послеоперационный период у оперированных больных протекал гладко, осложнений не было, сократились сроки стационарного лечения, улучшились непосредственные и отдаленные результаты.

Наш опыт позволяет рекомендовать при закрытии тонкокишечных свищей применение механического или усовершенствованного ручного двухрядного серозно-мышечного швов.